



## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19444>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

# Ontwikkeling en onderzoek in de geriatrie

Quelques modes de traverser le mur de fragilité



INAUGURALE REDE door dr. Marcel G.M. Olde Rikkert



# Ontwikkeling en onderzoek in de geriatrie

## Quelques modes de traverser le mur de fragilité

Rede in verkorte versie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van  
hoogleraar Ontwikkeling en Onderzoek in de Geriatrie aan het Universitair  
Medisch Centrum St Radboud op woensdag 19 mei 2004

door Dr. Marcel GM Olde Rikkert

*Voor Henk*

‘The secret of care for the patient is in caring for the patient.’<sup>1</sup>

‘The physician who attempts the care of a patient while neglecting the emotional  
life, is as unscientific as the investigator who neglects to control all the conditions  
that may affect his experiment.’<sup>2</sup>

Francis W. Peabody, in:

1. ‘The care of the patient’. Journal of the American Medical Association (1927) 88:977-82.

2. Doctor and patient. MacMillan, New York, 1930.

**Foto omslag:** muur om Gethsemane ofwel 'Hof van Olijven', begraafplaats Heilig Land Stichting

**Vormgeving en opmaak:** Nies en Partners bno, Nijmegen

**Drukwerk:** Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN: 9090179003

© Dr. MGM Olde Rikkert, Nijmegen, 2004

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

## Samenvatting

1. Het centrale paradigma in de klinische geriatrie is de toenemende kwetsbaarheid, 'frailty' of 'fragilité' van de oudere patiënt en van zijn lichaamscellen, organen en sociale systeem.
2. Deze verhoogde kwetsbaarheid verwijst naar een verhoogde kans op ziekte en achteruitgang in functieniveau, toename van zorgafhankelijkheid en sterfte.
3. De ouderdom laat zich onderscheiden in twee levensfasen: de derde en de vierde leeftijd of levensfase. In de derde leeftijd spelen meervoudige ziektelast, functieverlies en zorgafhankelijkheid een ondergeschikte rol, in de vierde leeftijd zijn deze dominant.
4. In de vierde levensfase nemen de verliezen zowel op mentaal, fysiek als sociaal terrein toe, waardoor ook de interactie tussen deze domeinen sterk toeneemt.
5. Veel artsen en onderzoekers lopen stuk op de 'muur van fragiliteit' van de vierde leeftijd, of zij lopen hier met een boog omheen. Er zijn evenwel oplossingen voorhanden, zowel voor de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen, als voor het wetenschappelijk onderzoek met deze ouderen.
6. In zijn algemeenheid heeft een oudere in de vierde levensfase een generalist als dokter nodig, die naast medische kennis van de problemen van deze levensfase ook tijd, oog, oor én gevoel heeft voor de kwetsbare oudere en die een bio-psychosociaal behandelplan op maat kan maken. Bepaling van een concreet behandelplan, dat bij de wensen en het dagelijks leven van de oudere aansluit en motivatie van therapietrouw zijn voorwaarden voor een succesvolle interventie.
7. Voor wetenschappelijk onderzoek van klinisch relevante problemen bij deze kwetsbare ouderen met overlapsyndromen, is evenzeer generalistische, discipline-overstijgende expertise gewenst.
8. De generalistische zorg die de geriatrische patiënten vragen, biedt bij uitstek de mogelijkheid voor integratieve scholing van medisch studenten en co-assistenten aan het einde van hun basisvorming.
9. De klinisch geriater is de generalist én specialist bij uitstek voor deze complexe hulpvragen in de tweede lijn. Zij of hij is tevens uitermate geschikt om relevant wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de problemen van de vierde levensfase en een belangrijke bijdrage te leveren aan de brede basisvorming die de aanstaande dokter zo hard nodig heeft.

10. Op dit moment lopen veel kwetsbare ouderen onnodig functieverlies op tijdens ziekenhuisopnames. De belangrijkste en wetenschappelijk bewezen mogelijkheden om dit te voorkomen zijn:
  - a. herkenning, signalering en behandeling van geriatrische syndromen, met name vallen, delier, depressie, decubitus, ondervoeding en dehydratie
  - b. risicofactoren voor deze syndromen opsporen in de ziekenhuisorganisatie en planmatig aanpakken; multidisciplinaire geriatrische behandelteams oprichten
  - c. zorgen voor een 'slimme' en aan de oudere aangepaste ziekenhuisomgeving
  - d. discontinuïteit in de zorg voorkomen bij opname, ontslag, medebehandelingen en overplaatsingen
  - e. vermindering van de frequent aanwezige nadelige effecten van geneesmiddelen en andere behandelingen
  - f. betere training van hulpverleners in de geriatrie.
11. De gezondheidsproblemen van ouderen met een hoge kwetsbaarheid en/of zorgafhankelijkheid worden maatschappelijk steeds belangrijker, maar deze patiënten worden thans ten onrechte uitgesloten van wetenschappelijk onderzoek. Verantwoord en relevant wetenschappelijk onderzoek bij frailty kan worden vergemakkelijkt door:
  - a. onderzoeksvragen op relevantie te toetsen bij de doelgroep
  - b. descriptief en kwalitatief onderzoek uit te voeren naast kwantitatief onderzoek
  - c. de informed consent procedure te standaardiseren en te optimaliseren voor verminderde beslisvaardigheid
  - d. het toepassen en voldoende begroten van bewezen effectieve strategieën voor de meestal duurdere werving en selectie
  - e. uitkomstmaten af te stemmen op kwetsbaarheid, meervoudige ziektelast, functionele beperkingen en voorkeuren van deze patiënten
  - f. gebruik te maken van uitkomstmaten met bewezen goede responsiviteit
  - g. efficiënte planning van de groepsgrootte (bijvoorbeeld éénzijdig toetsen, herhaalde metingen, serieel n=1 design)
12. Medisch studenten zullen een betere generalistische opleiding krijgen wanneer zij allemaal een stage ouderenzorg hebben moeten doorlopen.
13. Het wetenschappelijk onderzoek van het Kenniscentrum Geriatrie te Nijmegen zal zich de komende tijd inhoudelijk met name richten op de samenhang tussen vasculaire stoornissen en cognitieve/stemmingsstoornissen. Naast fundamenteel onderzoek in de hoofdprogramma's, zal op deze thema's samen met andere afdelingen interventieonderzoek in de dwarsprogramma's worden uitgevoerd.
14. Niet alleen binnen het UMC St Radboud, maar ook in het Opleidingscluster Zuidoost Nederland zijn uitstekende mogelijkheden tot samenwerking op dit onderzoeksterrein.
15. Het Kenniscentrum Geriatrie van het UMC St Radboud heeft de kennis en ambitie om te werken aan passende en doelmatige antwoorden op de hulpvragen van kwetsbare ouderen en wil daarvoor in onderzoek en onderwijs een voortrekkersrol vervullen.

*Mijnheer de rector magnificus, waarde toehoorders,*

Het is ruim tien jaar geleden, dat ik het voorrecht had de heer De Wildt te leren kennen als deelnemer aan ons wetenschappelijk onderzoek. De heer De Wildt had gereageerd op mijn oproep in de lokale pers, waarin ik Vierdaagsewandelaars, ouder dan zeventig jaar, vroeg om mee te doen aan een onderzoek dat wij 'Lopen op Leeftijd' hadden genoemd. We waren van plan de cardiovasculaire belasting van de Vierdaagse te bepalen, ondermeer met een permanente meting van de polsslag. Als meetdag hadden we de roemruchte derde dag gekozen. De route loopt dan over de Zevenheuvelenweg en ik kan u verzekeren dat deze tocht niet onderdoet voor de tocht naar Alpe d'Huez in de Tour de France. Met het onderzoek wilden wij te weten komen welke aanslag die dertig kilometer over geaccidenteerd terrein, doet op het maximale inspanningsvermogen van ouderen.

De heer De Wildt was na zijn pensionering gestart met de Vierdaagse en hij belde mij enthousiast op met de vraag of hij mee kon doen met het onderzoek. Hij was op dat moment 77 jaar, maar dat zou je hem niet geven. De heer De Wildt was lang en sterk als een houthakker. En inderdaad, het gebeurde meer dan eens wanneer ik hem belde voor een onderzoeksafpraak, dat zijn vrouw vroeg of ik even wachten kon, bijvoorbeeld omdat hij in hun tuin hout aan het hakken was.

Uit de groep van ruim 25 ouderen die op mijn oproep destijds reageerden, heb ik, met instemming van zijn familie, de heer De Wildt gekozen om u enkele zaken duidelijk te maken over patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs in de klinische geriatrie. Ik zal proberen u te laten raken door zijn spannende verhaal, zoals ook ik er door geraakt ben.

#### **Incognito in de medische literatuur**

In het kader van het 'Lopen op Leeftijd'-onderzoek verrichtte ik tijdens die Vierdaagse van 1992 hartslagmetingen bij de heer De Wildt en bepaalde vervolgens, onder leiding van fysioloog professor Rob Binkhorst zijn maximale vermogen tot zuurstofopname. Dit laatste lag duidelijk boven de waarden, die wij in de literatuur hadden gevonden voor personen van deze leeftijd (De Wildt, 1995). Dat wilt u wel geloven, want de heer De Wildt hakte niet alleen hout, was niet alleen een Vierdaagseloper, maar speelde ook tuba. En alsof hij al lang had geweten, dat zijn maximale inspanningsvermogen

in de wetenschappelijke literatuur zou worden vastgelegd, fietste hij bovendien gewoonlijk, met die tuba op zijn rug, van Malden naar Nijmegen en weer terug - op weg naar zijn seniorenorkest.

U begrijpt nu waarschijnlijk wel, waarom wij deze groep oudere Vierdaagsewandelaars zagen als een belichaming van het succesvol ouder worden. In die tijd was het begrip 'succesvol verouderen' wetenschappelijk nogal 'in', en vertaalden wij dat als het tot op hoge leeftijd fysiek en mentaal goed kunnen presteren en daardoor sociaal actief kunnen blijven (Rowe & Kahn, 1987).

Na dit eerste onderzoek, deed de heer De Wildt ook nog mee aan mijn onderzoek naar de vochtbalans van ouderen. Hiermee wilde ik de diagnostische waarde vaststellen van elektrische wisselstroommetingen, de zogenaamde multifrequente bio-elektrische impedantiemetingen. Deze metingen van de elektrische weerstand van het lichaam voor wisselstroom bleken een indirecte maat voor de hoeveelheid lichaamswater. In dit onderzoek bracht een plastablet, waarmee de heer De Wildt ongeveer twee liter vocht verloor, hem niet noemenswaardig uit evenwicht. Weer verscheen hij incognito, als proefpersoon in de literatuur (Olde Rikkert, 1997).

De heer De Wildt deed aan al dit onderzoek mee, omdat hij de wetenschap graag verder wilde helpen. Hij was ook nieuwsgierig en wilde graag alles over het functioneren van zijn eigen lichaam weten. Daarbij vertrouwde hij erop dat ik het niet in mijn hoofd zou halen om risicovol onderzoek met hem te ondernemen. Dat was ik ook niet van plan. De kwetsbaarheid van ouderen, ook de oudere proefpersonen in mijn onderzoek, was en is echter nog steeds niet gemakkelijk meetbaar. Zo kon het gebeuren dat een hoogbejaarde, gezonde priester die eenzelfde plastablet had genomen, de avond na zijn experiment, tijdens het doen van de mis, plotseling flauwviel. De Heer heeft hem, en daarmee ook mij, gelukkig voor ernstiger behoed. In die tijd was de Wildt echter niet een kwetsbare oudere. Integendeel, hij leek 'forever young'.

Enkele jaren later wilde ik in het kader van het onderwijsblok over leeftijdsafhankelijke problematiek voor vierdejaars geneeskundestudenten een college maken, waarin niet alleen kennis van ouderen, maar ook een correcte beeldvorming van de derde levensfase centraal moest komen te staan. Het lag voor de hand dat ik de heer De Wildt zou vragen hieraan mee te werken als aansprekend voorbeeld van succesvol verouderen, samen met zijn vrouw en natuurlijk mét tuba. Hij stemde



graag toe. Met twee van deze optredens heeft hij de vertekende, sombere normaalwaarden voor ouderen, die de studenten doorgaans in hun hoofd hebben, gecorrigeerd. Bovendien blies hij ze, op ontwapenend charmante wijze, een meer positieve attitude jegens ouderen de oren in. Voor de derde keer is hij onzichtbaar aanwezig in de medische literatuur, in het artikel waarin wij de verbetering van attitude bij studenten tijdens het blok vastlegden (Olde Rikkert, 1999).

### De laatste levensjaren

Ik was zeer verbaasd, toen ik eind jaren negentig op een dag tijdens mijn polikliniek-spreekuur een afspraak met de heer De Wildt bleek te hebben vanwege geheugenklachten. Ik wilde hem feliciteren met het feit dat hij een dag voor het polikliniek-bezoek 85 jaar was geworden, maar hij leek niet meer zo trots op zijn leeftijd. Hij had last gekregen van beperkingen. 'Alles wordt minder', zei hij. Met de Vierdaagse was hij gestopt, vanwege de inspanning die dit van hem vergde. De tuin doen viel hem zwaar. Al met al leek het erop alsof hij op zijn vijfentachtigste verjaardag een andere levensfase was binnengestapt. Het meeste last had hij daarbij van zijn geheugenklachten. Na onderzoek op onze geheugenpolikliniek, stelde ik vast dat er sprake was van een milde, maar wel duidelijk aanwijsbare geheugenstoornis. Gelukkig was het niet zo ernstig dat we van een dementie moesten spreken.

Lichamelijk gezien had hij last van bloeddruk daling bij het gaan staan, van doorbloedingsproblemen van de beenvaten en van een gehoorbeperking. Bovendien bleek hij een onregelmatige polsslag te hebben ontwikkeld, zonder duidelijke oorzaak, waarvoor ik hem medicatie voorschreef die de bloedstolling tegenwerkt. De keuze voor het zogeheten acenocoumarol om een herseninfarct te voorkomen, boven de minder goed werkzame aspirine, was voor hem, noch voor mij moeilijk. Hij had immers veel te verliezen. Daarom namen zowel hij als ik graag het kleine risico op een bloeding door dit geneesmiddel op de koop toe. Het ongemak van de bloedcontroles op het effect van de medicatie, telde voor hem niet.

Kerstmis 2002 trof hem echter wel die kleine kans op een ernstige bloeding. Hij ontwikkelde een niet te stoppen neusbloeding, waarvoor hij moest worden opgenomen. Wij zagen hem met het consultatieteam geriatrie op de KNO-afdeling, in verband met een acute verwardheid, die de bloeding compliceerde. De sterke schommelingen in zijn bewustzijn, het plotseling sterk verminderde oriëntatiever-

mogen, zijn hallucinaties en zijn onrust, bleken uitgelokt door 'slechts' een neusbloeding, bij de bij hem bekende geheugenbeperking. Het maakte eens te meer duidelijk dat hij kwetsbaar was geworden. De reus bleek fragiel. Het feit dat hij een 'zombie' werd, als bijwerking van het geneesmiddel dat wij tegen de hallucinaties gaven, onderstreepte dat. Hij knapte gelukkig wel weer op. Het delier verbleekte. De heer De Wildt was echter begrijpelijkerwijs door dit alles bang geworden voor een mogelijke volgende bloeding. Aspirine levert minder bloedingsrisico's, maar het verlaagt het risico op een herseninfarct ruim 35 procent minder, dan de acenocoumarol die hij tot dan toe had gebruikt (Vink, 2002). De geneeskunde geeft niets cadeau. De keuze in dit kansspel bleek niet moeilijk voor de heer De Wildt. Hij koos voor aspirine, om zowel het risico op een herseninfarct als op een nieuwe bloeding te beperken.

Deze neusbloeding, de ziekenhuisopname, het delier en mogelijk ook het besef dat zijn jaren van onkwetsbaarheid voorbij waren, maakten echter dat de heer De Wildt depressieve klachten kreeg. Bovendien was zijn zelfredzaamheid sterk verminderd. Ontslag uit het ziekenhuis naar huis was niet direct mogelijk, maar verliep via een tijdelijke opvang in een bejaardenhuis. Zoals zo vaak, bleef het ook daar tobben. Zijn huisarts belde ons voor een advies. Wij stelden de start van een antidepressivum voor en vroegen de heer De Wildt nogmaals deelname aan een wetenschappelijk onderzoek. Ditmaal omdat wij meenden hem en zijn vrouw daarmee iets te bieden te hebben in de vorm van het Easycare-project. De heer en mevrouw De Wildt zouden via dit project in deze voor hen moeilijke fase, intensieve begeleiding van een gespecialiseerd verpleegkundige ontvangen. Het project betrof de eerste fase van een wetenschappelijk onderzoek, waarin we wilden nagaan of dit nieuwe model van zorg uitvoerbaar zou blijken en winst zou opleveren voor patiënt, familie én huisarts. In dit Easycare-model is die gespecialiseerde en transmuraal werkende geriatrieverpleegkundige de spil van samenwerking tussen huisarts en klinisch geriater (Lenkens, 2003). De heer De Wildt herstelde tijdens de Easycare-interventie voorspoedig en kon van de tijdelijke opvang in het verzorgingshuis weer terug naar zijn vrouw en zijn eigen woning.

### **Medische roulette**

April 2003 kreeg de heer De Wildt echter het herseninfarct dat wij hadden gevreesd en getracht te voorkomen. Het bleek gelukkig slechts voor beperkte uitval van spierkracht te hebben gezorgd. Weer kreeg hij korte tijd last van een delier. Ditmaal waren we gewaarschuwd; we hebben hem niet wederom een geneesmiddel tegen de symptomen van het delier voorgeschreven. De heer De Wildt herstelde gelukkig en kreeg langzaam de belangrijkste lichaamsfuncties terug. Zijn geheugen ging weliswaar verder achteruit, maar niet zo ernstig, dat van een dementie kon worden gesproken.

Ditmaal stelde de vraag of hij wel of niet ontstolling moest krijgen ons voor een moeilijk dilemma. Ik probeerde de mogelijke voor- en nadelen samen met hem op een rijtje te zetten.

Herinnerde hij zich ook de eerdere opname met de bloeding nog? 'Ja zeker. Verschrikkelijk', was zijn antwoord op die vraag.

Dat wilde hij in elk geval niet meer. De bloeding woog bij hem tienmaal zwaarder dan de voorbijgaande schade bij dit herseninfarct, met voorbijgaand spierkrachtverlies. Ik hield hem echter voor, dat het risico op herhaling van een infarct, mogelijk met ernstiger gevolgen, nadrukkelijk aanwezig was. Hij verkoos uiteindelijk zelf, voldoende weloverwogen naar mijn mening, de aspirine en daarmee een hoger risico op een herseninfarct - ook wanneer dat blijvende uitval zou betekenen. Andere medicatie die zijn risico op een nieuw infarct eveneens kon verkleinen en geen belangrijke risico's voor hem had, voegden wij toe.

De heer De Wildt bleek niet gelukkig in deze medische roulette. Enkele maanden later kreeg hij het ernstige herseninfarct, dat wij hadden gevreesd. Het werd hem fataal, na een leven van 88 jaar, waarvan 55 jaar getrouwd. Een rijk leven, waarin zijn sociale betrokkenheid veel indruk maakte op zijn vrouw, kinderen, klein- en achterkleinkinderen. En op vele anderen, bijvoorbeeld op mij.

### **Tien jaar academische klinische geriatrie**

Ik heb u deze geschiedenis van de heer De Wildt niet uitsluitend verteld, omdat deze veel indruk op mij gemaakt heeft. In die tien jaar levensgeschiedenis zijn ook de belangrijkste thema's van de patiëntenzorg, het onderzoek en het onderwijs aan te wijzen waar ik het vanmiddag verder over wil hebben, te weten:

1. Toename van kwetsbaarheid met de leeftijd als het centrale paradigma in de geriatrie.
2. Het onderscheid tussen een derde en vierde levensfase bij ouderen.
3. Mogelijke oplossingen voor de problemen, waar de toenemende kwetsbaarheid van ouderen in de vierde levensfase hulpverleners en onderzoekers voor plaatst.
4. De ontwikkelingen in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, waar het Kenniscentrum Klinische Geriatrie van het UMC St Radboud zich op wil richten.

Het tijdvenster dat uitzicht bood op de laatste decade uit het leven van de heer De Wildt, biedt ook zicht op de periode die is verstreken sinds professor Willibrord Hoefnagels in 1994 zijn rede uitsprak, ter aanvaarding van het ambt van hoogleraar Klinische Geriatrie. Met die rede werd formeel het startpunt gemarkeerd van de academisering van de klinische geriatrie in Nijmegen. Vooraleer nader in te gaan op de gewenste ontwikkelingen in het vakgebied, lijkt het mij goed in herinnering te roepen wat hij als uitgangspunt koos.

Professor Hoefnagels heeft, om de klinische geriatrie af te grenzen, omschreven wat een patiënt tot een geriatrische patiënt maakt (Hoefnagels, 1994). Karakteristiek noemde hij het complex van stoornissen op somatisch, psychisch en sociaal terrein. Hij stelde terecht dat de kalenderleeftijd weinig houvast biedt, tenzij om vast te stellen dat de geriatrische patiënt zelden jonger dan zeventig jaar is. Zo was de heer De Wildt ver over de tachtig toen hij een geriatrische patiënt werd met cognitieve stoornissen, een depressie, delier, boezemfibrilleren en de verwikkelingen daarvan. Vervolgens positioneerde Hoefnagels de geriatrische patiënt in een niet nader benoemd grensgebied en stelde hij dat frailty of kwetsbaarheid op dat moment nog niet goed te definiëren was. Ik pak de draad hier op en introduceer u als toerist in de geriatrie.

### **Kwetsbaarheid, frailty of fragilité**

De overheid heeft toekomstverkenningen laten uitvoeren naar de vraag naar gezondheidszorg voor ouderen (RIVM, 2002). In de officiële rapporten komt frailty als determinant van deze vraag niet voor. Men hanteert slechts ziektegerelateerde voorspellingen. De overheid heeft helaas de laatste tijd ondermeer in haar plannen



voor herzieningen van de AWBZ laten zien, dat zij de kwetsbare oudere met zijn zorg en hulpmiddelafhankelijkheid, niet als serieus medisch probleem ziet. Kwetsbaarheid komt alleen als factor naar voren in een globaal model voor het voorspellen van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg (Ormel, 2000). Ik zal u laten zien dat de toename van kwetsbaarheid met de leeftijd, uitgedrukt als opeenstapeling van beperkingen, de belangrijkste voorspeller wordt van de vraag naar zorg en behandeling. De heer De Wildt heeft u al laten zien hoe belangrijk juist die opeenstapeling van ziekten en beperkingen is voor het individu.

Professor Dorly Deeg heeft belangrijke informatie verzameld over kwetsbaarheid, in haar studie onder de ruim tweeduizend oudere Amsterdammers (van 65 tot 85 jaar), die zij in de zogenaamde LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam)-studie volgt. Zij laat zien dat bijna een kwart van de vrouwen en éénvijfde van de mannen een gezondheidsprofiel heeft dat zich het beste laat benoemen als 'frail' (Deeg, 2002). Dit profiel omvatte meerdere aandoeningen tegelijkertijd uit de reeks: artrose, chronische longklachten, aderverkalking, herseninfarcten, suikerziekte, kanker, cognitieve stoornissen, depressie, gezichts- en gehoorbeperkingen. De kwetsbaarheid uitte zich onder meer in een afgenomen levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Voor vrouwen bleek deze niet ruim twintig jaar, zoals bij gezonde 65-jarigen, maar slechts acht jaar.

Dergelijke epidemiologische studies hebben vooralsnog ten doel de groep te identificeren met een toegenomen kans op ziekte, verlies van functie, toename van het risico op opname in zieken- of verpleeghuis en/of sterfte. De relatieve omvang van die groep varieert, afhankelijk van de criteria die worden gehanteerd. Er zijn echter inmiddels ook klinische criteria voor kwetsbaarheid, die toepasbaar zijn bij bijvoorbeeld selectie van ouderen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Als voorbeeld hiervan verwijs ik naar de frailty-criteria van Linda Fried, omdat deze inmiddels ook gebruikt worden door andere onderzoeksgroepen (Fried, 2001). Zij noemt een oudere 'kwetsbaar' wanneer deze last heeft van drie van de volgende vijf kenmerken: afname van handknijpkracht, toename van vermoeidheid, verlies van loopsnelheid, ongewild gewichtsverlies en een verminderd activiteitenpatroon. Vier van deze criteria zijn objectiveerbaar gemaakt: alleen de toegenomen vermoeidheid blijft subjectief. De zo geconstrueerde groep met frailty bleek twee tot vier maal zoveel kans te hebben op vallen, functieverlies, opname en sterfte in de volgende drie jaar.

Andere auteurs ontwikkelden hun eigen frailty-criteria (Mitnitski, 2002; Chin a Paw, 2003). Het percentage ouderen met frailty hangt hierbij enerzijds af van de criteria, anderzijds van de aard van de bronpopulatie. Bij Fried is bijna zeven procent van de zelfstandig wonende ouderen kwetsbaar (Fried, 2001). We zullen er mee moeten leven dat het begrip frailty of kwetsbaarheid, net zoals belangrijke andere begrippen in de geneeskunde, verschillende en zelfs tamelijk arbitrair afgegrensde definities kent. Frailty is immers geen ziekte, noch een syndroom, maar een verzameling risicofactoren of determinanten. Een voorspeller van ongeluk. Maar is het misschien ook een tijdig signaal voor een interventie die het naderende onheil kan afwenden? Een geluk bij een ongeluk? Tot nu toe houden zowel medici als de overheid absoluut onvoldoende rekening met kwetsbaarheid van ouderen in het organiseren en vergoeden van zorg. Dat is gevaarlijk voor de patiënt en voor de gezondheidszorg. De toename van kwetsbare ouderen kan immers een stevige muur worden, waar onze traditionele ziektegeoriënteerde gezondheidszorg op stukloopt.

### De derde en de vierde leeftijd

Om over die muur te kijken, gids ik u met helicopterview door het landschap van de ouderen in Nederland. Allereerst wijs ik u op de grenzen. Zoals gezegd heeft een 65-jarige vrouw een levensverwachting van nog ongeveer twintig jaar, waarvan bijna tien jaar in goede gezondheid (RIVM, 2002). Voor mannen liggen deze getallen op respectievelijk vijftien en negen jaar. Dat is waarschijnlijk langer in goede en langer in minder goede gezondheid dan u dacht. Ik wijs u vervolgens op de bevolkingsdichtheid. Het aantal 75-plussers bedraagt nu reeds ruim één miljoen en vanaf 2020 wordt het snel drukker (CBS, 2003).

Hoe zien deze ouderen eruit? Hun landschap is zeker niet grijs, maar wordt gedomineerd door de 'Forever Youngsters van 55+', zoals mevrouw Schrijver deze zo prachtig heeft verbeeld in haar gelijknamige fotoreportage (Schrijver, 2003). 'The sky is the limit' in dit deel van het landschap. U ziet het beeld van de derde leeftijd: gezond, vitaal, actief, levenslustig en als het meezit koopkrachtig, maar wel allemaal uit het arbeidsproces, dat daarmee veel misloopt.

Achter de drukte van deze 55-plussers ziet u, als u goed oplet, de kwetsbare ouderen. We noemen dit de bewoners van de vierde leeftijd. Ze lijken zeldzaam, maar zijn dat niet. Ze zitten namelijk vooral binnen, waar ze veilige beschutting zoeken.

Hier en daar ziet u een kwetsbare oudere voorzichtig buiten lopen achter een rollator, of u ziet hem of haar in een rolstoel, met name als het de begeleiders te langzaam gaat. Op deze groep zal ik mij verder met u richten. Ik wijs u daarbij op twee paradoxen in dit steeds gevarieerder wordende landschap van kwetsbaarheid, dat ook wordt aangeduid met 'Frailty' of 'Fragilité'. Een deel van de schoonheid laat zich verklaren doordat vrouwen steeds meer het beeld gaan bepalen. De eerste paradox in dat landschap is dat binnen één leeftijdsgroep de oudere man steeds minder gezondheidsproblemen heeft, terwijl de oudere vrouw bij dezelfde gezondheidsproblemen meer kans heeft om te overleven. De tweede paradox is dat u een geleidelijke overgang ziet, van het landschap 'Forever Young', naar dat van 'Frailty'. De stoornissen en beperkingen nemen over het geheel langzaam toe met de leeftijd. Zoomt u echter met uw verrekijker in op één oudere, dan zult u zonder veel problemen kunnen zeggen tot welke groep zij behoort. De vierde leeftijd laat immers een trendbreuk zien met de voorgaande jaren. Zoals De Wildt dat voor mij illustreerde na zijn vijftachtigste verjaardag.

We stijgen neer in dit landschap en verlaten de helikopter. Rockwood, Canadees geriater en uitstekende gids in dit landschap, laat u met lichtbeelden zien dat er met de leeftijd inderdaad een sterke toename is van beperkingen van allerlei aard (Rockwood, 2002). Op individueel niveau blijken er evenwel in de laatste levensjaren minstens vier verschillende trajecten van functieverlies te onderscheiden, alle met een min of meer duidelijk gemarkeerd begin. De startleeftijd is zeer verschillend. Een relatief langzaam verlies van functie, al dan niet duidelijk gekoppeld aan het stapsgewijs optreden van ziekte-episodes, is de levenslijn die het meeste wordt gevonden bij de kwetsbare ouderen (Covinsky, 2003; Mitnisky 2003; Lunney 2004). De andere patronen met een sneller of zelfs abrupt functieverlies treden op bij ziekten als kanker, progressief hartfalen en plotselinge dood. Zoals u al had gehoord, wordt deze levensfase, waarin progressief functieverlies optreedt, de vierde leeftijd of vierde levensfase genoemd (Baltes, 2003). Een kenmerk van deze periode is dat behoefte aan zorg het dominante thema wordt. Dit in tegenstelling tot de onbegrensde mogelijkheden van de 'Forever Youngster' van de fase hiervoor (Kirk, 1992).

Ik beëindig voorlopig de rondleiding door u enkele kunstwerken van de expositie 'Fragilité', van de kunstenaar Beaurin Domerque, te tonen. Hij verbeeldt daarin

prachtig hoe bijzonder het landschap van kwetsbaarheid is (Domerque, 2002). Het verhaal van de heer De Wildt liet u reeds zien dat het spannend is om er te wonen. Ik kan u verzekeren dat het eveneens een spannende uitdaging is om er te werken.

### **Implicaties van toenemende kwetsbaarheid**

Ik heb tot nu toe met u gesproken over kwetsbaarheid en wil u nu drie belangrijke gevolgen hiervan voor het dagelijks leven in de vierde leeftijd noemen.

We hebben allemaal wel eens een mindere dag. Dat heeft zo zijn oorzaken, bekend of onbekend. Meestal heeft het niet zo veel te betekenen. Dat ligt anders voor een kwetsbare oudere. Zo komt het nogal eens voor dat een oudere verstek laat gaan bij een polikliniekafpraak bij ons, omdat zij of hij zich te slecht voelt die dag. Mijn eerste reactie is dat men vooral dan zou moeten komen. Afgezien van de Algemene Periodieke Keuringen, de APK, zou ik immers ook naar mijn garage gaan wanneer mijn auto een dag niet harder dan 40 kilometer per uur zou willen rijden. Deze vergelijking gaat echter mank. De oudere kan die dag meestal gewoonweg niet bij ons geraken. Daarbij is een mindere dag bij een oudere een serieus signaal voor achterliggende problemen. Het kan een atypische presentatie van een acute ziekte zijn (Covinsky, 2003). Zoals het wat schever hangen in de rolstoel de presentatie van een urineweginfectie kan zijn (Rousseau, 1992). Maar ook wanneer het bij één dag verminderd functioneren blijft, is alertheid geboden. Het voorkomen van instabiel disfunctioneren, moet niet worden afgedaan met 'u had zeker uw dag niet'. Neen, dit teken markeert kwetsbaarheid en is een voorbode gebleken van naderend onheil (Marcantonio, 2003; Gill, 2001). U heeft waarachtig een kans op preventie van functieverlies, ziekte of bijvoorbeeld opname. Zoals de wegwacht zeer nuttige diensten bewijst als ik niet bij mijn garage kan komen, zo hebben 'rapid response teams' hun diensten bij ouderen voor bepaalde indicaties al bewezen (Soderstrom, 1999). Iets dergelijks zou navolging verdienen. Zo is het bijvoorbeeld na de hete zomer van 2003 duidelijk geworden dat dergelijke zorg thuis in de grote Europese steden veel problemen had kunnen voorkomen. In de omgeving van Parijs alleen al bleek een oversterfte van 4866 doden, van wie 82 procent ouder dan 75 jaar. Even werd Parijs meer geassocieerd met 'frailtyland', dan met Disneyland. Bijna een zomer later is de achterliggende problematiek vergeten, de zwarte Piet uitgedeeld, maar

is er nog steeds geen begin gemaakt met een oplossing. Politici hopen maar op een iets minder warme zomer. Ik wil onze minister echter waarschuwen dat het een illusie is te denken dat de nog onvoldoende aanwezige aanpassing van de Nederlandse gezondheidszorg op de toename van kwetsbaarheid bij ouderen géén slachtoffers vraagt. In tegendeel. Deze kwetsbare ouderen betalen zelf het gebrek aan hierop gerichte investering, met in principe vermijdbaar functieverlies in onze ziekenhuizen. Ook al is de temperatuur hier goed geregeld.

Een tweede gevolg van het zich in de vierde levensfase opstapelen van beperkingen, ziekten en risicofactoren is dat lichaam, geest en sociale omgeving steeds nauwer verknoopt raken. Rockwood heeft aangetoond dat er steeds meer onderlinge relaties ontstaan tussen deze beperkingen (Rockwood, 2002). Hiermee ontstaat een complex kompas voor frailty. Een oudere heer met geheugenproblemen en een delier heeft meer kans op een depressie, zoals de heer De Wildt ook meemaakte. Dit leidt weer tot een grotere kans op verstoring van het sociale systeem, zoals geïllustreerd in zijn tijdelijke opname in een verzorgingshuis. Het is onmogelijk een uitweg te vinden uit de problemen die kwetsbaarheid oproept, zonder het hanteren van het zogenaamde biopsychosociale model. Daarmee wordt de multidisciplinaire benadering in de hulpverlening steeds urgenter. Alleen samenwerkend zoals de Bremer stadsmuzikanten, zullen hulpverleners, mantelzorgers en familieleden ouderen naar de veilige havens in het landschap kunnen loodsen.

Een andere grondwet in dit land van frailty is dat de inwoner door de veelheid van problemen een generalistische dokter nodig heeft. Deze moet, naast medische kennis van de problemen van deze levensfase ook tijd, oog, oor én gevoel hebben voor de kwetsbare oudere. Alleen een generalistische dokter kan een route op maat uitstippelen en valkuilen omzeilen. Daarvoor moet hij of zij wel goed weten welk concreet behandeldoel bij de wensen en het dagelijks leven van de oudere aansluit. Dat doel ligt vaak niet aan het einde van een zo lang mogelijke reis, maar bijvoorbeeld in hoe de reis verloopt, of met wie. Het doel kan ook schuilen in wat er onderweg te zien is.

De huisarts was altijd die generalistische gids. Er is echter een tekort aan huisartsen en die er zijn hebben onvoldoende tijd of streven juist naar specialisatie.

Daarom zal de huisarts voor deze gidsfunctie voor kwetsbare ouderen intensief moeten samenwerken met verpleegkundigen, paramedici, verpleeghuisartsen en klinisch geriaters. Wij hebben het Geriatrisch Diagnostisch Dagcentrum opgericht om de huisarts te ondersteunen met een compleet geriatrisch onderzoek en een verslag van de concrete kwetsbaarheden van diens patiënten. Het is een voorbeeld van goede transmurale samenwerking, met veel aandacht voor de overdracht van informatie en behoud van de verantwoordelijkheden van de huisarts. Zo zullen ook de verpleeghuisartsen, met name in de verzorgingshuizen, de huisarts verdergaand dan nu moeten ondersteunen.

In de ziekenhuizen, zowel algemeen als academisch, bestaat eveneens een toenemende vraag naar generalisten (Maassen, 2004; Wesseling 2003). De kwetsbare oudere verdwaalt er letterlijk en figuurlijk. Met Graham Mulley ben ik het eens dat er letterlijk en figuurlijk goede richtingaanwijzers voor kwetsbare ouderen moeten komen (Gale, 2003). Op de snelle klinische paden van het ziekenhuis is de klinisch geriater de generalist én specialist bij uitstek, om de gewenste route te bepalen. Ook andere specialisten moeten echter expertise ontwikkelen op het terrein van de geriatrie en verdwaalde gasten de weg kunnen wijzen. Dit geldt niet alleen voor psychiaters en internisten, die dit zelf reeds hebben ingezien en een aandachtsgebied ouderengeneeskunde hebben ingesteld. Het geldt ook voor anaesthesisten, orthopeden of KNO-artsen (Crowe, 2004). Geriatrie is té belangrijk om het te reserveren voor klinisch geriaters. Anderzijds is de problematiek rond kwetsbare ouderen in het ziekenhuis te complex om niet een krachtig eigen specialisme te hebben.

#### **Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis**

Op dit moment lopen veel kwetsbare ouderen onnodig functieverlies op tijdens ziekenhuisopnames. Van de ouderen boven de zeventig jaar die in het ziekenhuis worden opgenomen, houdt minder dan de helft zijn oorspronkelijke functieniveau en heeft een derde een lager functieniveau bij ontslag dan in de twee weken voor opname (Covinsky, 2003). Dit functieverlies is in ongeveer de helft van de gevallen tijdens de opname ontstaan en onomkeerbaar gebleken (Covinsky, 2003). Een tijdelijk bedoelde bushalte bij het ziekenhuis wordt zo onbedoeld een blijvende halte. Deze feiten geven aan dat een deel van de oudere patiënten in het ziekenhuis specifieke zorg vraagt.

Professor Schreuder, klinisch geriater avant la lettre, heeft hier vanaf de jaren vijftig in de vorige eeuw op gewezen. Schreuder beschreef als eerste in Nederland de kenmerken van een geriatrische patiënt (Schreuder, 1966). Zijn stelling dat veel geriatrische syndromen voorkomen kunnen worden door patiënten snel uit bed te halen en inspanning te laten verrichten, is echter nog steeds onvoldoende gemeengoed.

De klinische geriatrie kan er waarschijnlijk als enig medisch specialisme op bogen dat haar functioneren als discipline bewezen effectief is. Herhaaldelijk is de interdisciplinaire aanpak in de geriatrie, geleverd vanuit het paradigma van toenemende kwetsbaarheid, vergeleken met een meer traditioneel medische, ziektegerichte aanpak. Duidelijk is dat de geriatrische werkwijze betere resultaten oplevert wat betreft de ziektelast en het dagelijks functioneren van kwetsbare ouderen na afloop van de ziekenhuisopname (Stuck, 1993; Landefeld, 1995). Verschillen in mortaliteit, die er aanvankelijk ook waren, zijn gelukkig in de laatste onderzoeken verbleekt (Cohen, 2002). Het niet toepassen van deze wetenschappelijk goed onderbouwde interventies wordt inmiddels terecht aangemerkt als een kunstfout bij de behandeling van kwetsbare ouderen (Tsilimingras, 2003; Morley, 2003).

Wat zijn nu de belangrijkste onderdelen van een effectieve behandeling van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis?

- Allereerst moeten de zogenaamde 'geriatrische syndromen', zoals ondervoeding, delier, valneiging, incontinentie, depressie, cognitieverlies en decubitus vroegtijdig herkend worden (Olde Rikkert, 2003). De ernst van de stoornis moet worden vastgelegd en de oorzaken geanalyseerd. Analyse van de noodzakelijke zorg en hulpmiddelen, en van een eventuele overbelasting van de mantelzorger, is een onmisbaar onderdeel van het geriatrisch onderzoek.
- De risicofactoren voor deze syndromen moeten in de ziekenhuisorganisatie worden opgespoord en planmatig worden aangepakt. Voor het delier bijvoorbeeld is een effectieve, ziekenhuisbrede interventiestrategie voorhanden (Inouye, 2000). Voorts bestaan er inmiddels kwaliteitsindicatoren voor de behandeling van de geriatrische syndromen (Westropp, 2000; Wenger, 2001).
- Er moeten multidisciplinaire geriatrische behandelteams worden opgericht. Zij kunnen hun werk het beste doen in een op de kwetsbare oudere aangepaste ziekenhuisomgeving. Elders zijn reeds voorbeelden van delier-kamers en inten-

sieve zorg-afdelingen voor patiënten met dementie. Inmiddels is klinische geriatrie gelukkig beschikbaar in ongeveer vijftig ziekenhuizen in Nederland. Dit betekent evenwel dat nog steeds meer ziekenhuizen het zonder, in plaats van mét klinische geriatrie moeten doen. In Nijmegen kunnen we in het UMC St Radboud gelukkig wél klinische geriatrie leveren, in de vorm van klinische en poliklinische zorg, maar ook in de vorm van een consultatieteam en een Geriatrisch Diagnostisch Dagcentrum (GDD). De laatste twee zijn daarbij ontwikkeld om aan de groeiende vraag naar geriatrische expertise te kunnen voldoen. Dat er voor deze als zorgvernieuwingprojecten gestarte en inmiddels succesvolle zorgmodaliteiten geen reguliere financiering zou zijn, is totaal ondenkbaar. We moeten juist verder, dat heb ik u duidelijk gemaakt. Met name de poliklinische functie willen wij de komende tijd verder ontwikkelen. De vraag naar langer lopende geriatrische, poliklinische behandeling nam immers de laatste jaren sterk toe. Vermeldenswaard is in dit verband, dat sinds kort ook in het in Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis een consultatieteam klinische geriatrie, vormgegeven vanuit het UMC, actief is. Ook daar heeft men ingezien dat een geriatrische voorziening voor kwetsbare ouderen noodzakelijk is.

- Discontinuïteit in de zorg bij opname, ontslag, medebehandeling of overplaatsing is evenzeer een reden voor onnodig functieverlies. Eén van de valkuilen voor de kwetsbare patiënt is juist dat het door de éne professional zorgvuldig geconstrueerde kaartenhuis in elkaar valt door een onzorgvuldige verplaatsing naar een andere afdeling, instelling, of woonplek. Zorgvuldige communicatie, zowel binnen het ziekenhuis als transmuraal, blijkt uitermate moeilijk. Dit maakt dat wisseling van behandelend arts in het ziekenhuis een aanzienlijke verhoging van het risico op iatrogene schade betekent (Petersen, 1994). Het gevaar van onvoldoende transmurale communicatie geldt zowel voor de overdracht van medicamenteuze, als niet-medicamenteuze interventies. Speciale aandacht vragen de patiënten met cognitieve stoornissen, omdat zij zelf de gevaren van een onzorgvuldige overdracht minder goed kunnen bewaken. Op dit terrein zullen wij verder werken aan wetenschappelijke en kwaliteitsprojecten. Terecht is dit een belangrijk thema van het Alzheimer Centrum Nijmegen. Het Easycare-project, dat het ontslag van de heer De Wildt begeleidde, is hiervan een goed voorbeeld. Verder lopen wij als afdeling voorop met een aantal nieuwe, digitale systemen, bijvoorbeeld

als ondersteuning voor ons GDD en het interdisciplinair overleg. Deze moeten de communicatie verbeteren en dus de kans op fouten verminderen. Wij willen deze systemen graag verder verspreiden naar andere afdelingen waar interdisciplinariteit de hoeksteen van behandeling is.

- De zorg rond geneesmiddelen die ouderen krijgen voorgeschreven in het ziekenhuis kan eveneens veel beter. Ik maak mij geen illusie over het feit dat de problemen die duidelijk zijn geworden bij een recente audit in Engeland op dit terrein, niet ook in Nederland zouden spelen (Batty, 2003; Beard, 2003). Met de keuze tussen aspirine of ontstolling heb ik samen met de heer De Wildt geworsteld. Behandeling gebaseerd op evidentie lijkt simpel in deze gevallen van boezemfibrilleren (Vink, 2002). Emotie, angst en eigen voorkeur moeten bij ouderen in hun laatste levensfase echter zwaar wegen. Als dokters weten we in dergelijke dilemma's immers zelf vaak niet wat het beste is. Gelukkig kunnen we nu gebruik maken van formele methoden om patiëntvoorkeuren en -emoties mee te wegen in rationeel voorschrijfbeleid (Straus, 2002). Tevens zijn dit de momenten waarop geriatrie ware evenwichtskunst kan en moet worden. We zullen ons moeten inzetten om enerzijds zo veel mogelijk kennis te vergaren over te verwachten effecten van geneesmiddelen bij kwetsbare ouderen, maar anderzijds ook de stem van de oudere in moeilijke behandelbeslissingen blijven horen. Te snel de juridische vraag naar beslisvaardigheid stellen, kan de oudere onterecht voortijdig buitenspel zetten.

#### **Kwetsbare ouderen in wetenschappelijk onderwijs en nascholing**

Dames en heren studenten, werken met kwetsbare ouderen is niet alleen moeilijk, maar ook aantrekkelijk. Grijs is in het geheel niet saai, dat probeer ik u nu, maar ook in de toekomst te demonstreren. Professionals van allerlei disciplines, medisch en niet-medisch, moeten voldoende getraind worden in de geriatrie. De oudere patiënt verschijnt nu nog onvoldoende in beeld voor u als medisch student. Het komt goed uit voor u dat de geriatrie patiënt vraagt om een generalistische dokter. U krijgt bij hem of haar de kans al het geleerde te integreren. Dit is spannend en tegelijkertijd zeer leerzaam.

Wij streven, samen met de verpleeghuisgeneeskunde, naar een verplicht co-assistentenschap ouderenzorg. Dit dient immers bij uitstek de doelstelling, dat alge-

mene basisvaardigheden ook moeten kunnen worden toegepast bij kwetsbare ouderen. De op handen zijnde omvorming van de kop van het curriculum geneeskunde voor de bachelor-masterstructuur, is een natuurlijk moment voor een dergelijke uitbreiding. Een goede preklinische kennis- en vaardigheidstraining moet daaraan vooraf gaan. Goed onderwijs over kwetsbare ouderen in het basiscurriculum is veel doelmatiger dan dat wij alle anesthesisten, orthopeden en KNO-artsen in ons postacademische onderwijs proberen bij te scholen. Dat laatste kunnen we beter richten op die onderdelen, waarin we onze wetenschappelijke verdieping realiseren.

#### **Kwetsbare ouderen in wetenschappelijk onderzoek**

Ik heb u tot hiertoe laten kennismaken met enkele eigenaardigheden van La région de Fragilité. Nu is mijn vraag, of u een reisgids van Frankrijk zou vertrouwen, waarbij in de inleiding staat, dat de auteur nooit verder dan Wallonië is gekomen bij zijn veldonderzoek. Ik niet. Dit nu, is een belangrijke motivatiebron voor ons wetenschappelijk onderzoek met kwetsbare ouderen. In het algemeen moeten wij echter patiënten behandelen, die thans vaak ten onrechte worden uitgesloten van wetenschappelijke onderzoeken.

Van 1990 tot 2002 zijn slechts 84 gerandomiseerde en gecontroleerde studies uitgevoerd bij ouderen van tachtig jaar en ouder (Quintrec, 2003). Dat betekent dat minder dan een half procent van alle gerandomiseerde studies in dat tijdvak ook kwetsbare ouderen heeft onderzocht. Zo zijn geriatrie patiënten bijvoorbeeld ondervetegenwoordigd in studies naar hartfalen, hoewel dit bij geriatrie patiënten een belangrijk probleem is (Masoudi, 2003). Interventies die werkzaam blijken bij de 65-jarigen, zijn zeker niet automatisch werkzaam bij de 80-plussers met hartfalen. Bij de behandeling van geriatrie syndromen zoals hartfalen is het een hachelijke onderneming om onderzoek dat bij 'Forever Youngsters' is uitgevoerd, toepasbaar te verklaren op kwetsbare ouderen. Dit komt met name doordat bij die ouderen een geheel andere vorm van hartfalen het meeste voorkomt, namelijk hartfalen met behoud van de pompfunctie van het hart.

Evenzo zijn oudere patiënten met cognitieve stoornissen uit de meeste interventiestudies gelaten. Zelfs vier van de acht Amerikaanse studies die het effect van bewegingsoefeningen op frailty wilden onderzoeken, sloten ouderen met cognitieve

stoornissen uit van deelname (Ory, 2002). Deze zogenaamde kwetsbaarheid- of FIC-SIT-studies (Frailty and Injuries: Cooperative Studies on Intervention Techniques), hebben het dus zelf niet gefikst om écht kwetsbare ouderen in te sluiten. Toch hebben ze een schat aan informatie opgeleverd, ook over de onderzoeksmethoden. Een gerandomiseerde patiënt bleek bijvoorbeeld gemiddeld 300 Amerikaanse dollars te kosten (Ory, 2003). De wervingsprocedures van de meeste studies moesten bovendien tussentijds gewijzigd worden vanwege onvoldoende opbrengst. Cohen-Mainsfield maakte iets soortgelijks mee in haar studies naar behandeling van dementie. Tot maar liefst 99 procent van de ouderen viel af, voor aanvang van de studie (Cohen-Mainsfield, 2003).

Wetenschappelijk onderzoek bij kwetsbare ouderen is dus moeilijk. Zeer moeilijk. Zelfs in onderzoek, dat speciaal voor kwetsbare ouderen was ontwikkeld en bovendien door geriaters uitgevoerd, bleek de werving en selectie van kwetsbare ouderen moeizaam, zeer arbeidsintensief en duur. Kortom: willen we relevante klinische vragen bij kwetsbare ouderen wetenschappelijk kunnen beantwoorden, dan moeten we zeer diverse kwaliteiten in ons onderzoeksteam hebben. De slimheid van professor Tournesol, de gedrevenheid van professor Schreuder, de overtuigingskracht en het optimisme van Freek de Jonge, het doorzettingsvermogen van mijnheer De Wildt, en de listen en het fortuin van Ollie B. Bommel zijn wenselijk. Ik heb helaas het ei van Columbus niet, maar wel enkele suggesties voor de toekomstige onderzoekers op dit gebied:

- Wees zeer kritisch ten aanzien van uw vraagstelling. Onderzoek vooraf het draagvlak bij de oudere en de mantelzorgers en/of familie. U zult anders niet de eerste onderzoeker zijn die verrast wordt door weerstand bij familieleden bij een redelijk ogend studievoorstel, zelfs als de patiënten zelf wel mee willen werken (Harwood, 2004).
- Overweeg als start descriptief of kwalitatief onderzoek naast, of in de plaats van kwantitatief onderzoek. Ook kwaliteitsonderzoek kan belangrijke gegevens voor ouderen opleveren (Batty, 2003).
- De suprematie van de gerandomiseerde, gecontroleerde studie, in geval van twijfel tussen twee ogenschijnlijk gelijkwaardige behandelvormen, is onbetwist. Analooq aan geneesmiddelenonderzoek zijn echter voor andere vraagstellingen, andere onderzoeksmethoden beter. Bovendien kan een ongecontroleerde studie

noodzakelijk zijn, wanneer randomiseren, bijvoorbeeld van een financiële toelage voor ouderen, ethisch niet haalbaar is (Thomson, 2004).

- Kies als controle een gangbare interventie, in plaats van een placebo-interventie. U beantwoordt zo een meer realistische vraagstelling en zult meer enthousiasme voor deelname aan de studie oogsten (Yordi, 1982). Als de patiënten niet-beslisvaardig zijn, kunt u alleen op deze wijze spreken van een therapeutisch onderzoek. Dit scheelt aanzienlijk bij de medisch ethische beoordeling. Een aangetoond effect is bovendien robuuster.
- Optimaliseer de informed consent-procedure, met het oog op ouderen met een verminderde beslisvaardigheid. Dit komt niet alleen de patiënt en de familie ten goede maar ook uw onderzoek, door een verminderde uitval.
- Pas wervings- en selectiestrategieën toe die bewezen effectief zijn (Ory, 2002; Bowsher, 1993), en reserveer voldoende budget en tijd voor deze onderzoeksfase.
- Stem de uitkomstmaten af op het landschap van frailty dat u wilt meten. Gebruik slechts relatief simpele, snelle, niet-invasieve uitkomstmaten met een goede responsiviteit. Een voorstudie die hierop gericht is, loont altijd.
- Verhoog zo mogelijk de efficiëntie van de minimaal vereiste groepsgrootte, door toepassing van bijvoorbeeld éénzijdig toetsen, herhaalde metingen, of een serieel n=1 design.

Onderzoek met kwetsbare ouderen biedt ook onverwachte uitdagingen. Door de interactie tussen orgaansystemen met een beperkt reservevermogen, verbindt frailty de relevante uitkomstmaten voor de diverse geriatrische syndromen. Het frailty-onderzoek van Rockwood, waarnaar ik al eerder verwees, illustreert dit (Rockwood, 2002). Mobiliteit en vallen blijken gerelateerd aan cognitieve stoornissen (Sheridan, 2003). Cognitieve en gedragsstoornissen reflecteren mogelijk de ernst van hartfalen en neurocardiogene instabiliteit (Riegel, 2002; Kalaria, 2001). Dit maakt het mogelijk om in wetenschappelijk onderzoek ten dele specifieke en ten dele atypische uitkomstmaten te gebruiken. Deze laatste - zoals lopen, vallen, stemming en cognitie - zijn echter zeer relevant voor de oudere. Wij zullen daarom mobiliteitsmaten gaan toepassen in onderzoek naar cognitieve stoornissen, maar we zullen eerst hiervan de responsiviteit vaststellen. Evenzo willen we in samenwerking met de medische psychologie relevante uitkomstmaten ontwikkelen. Ik denk hierbij



aan het bepalen van de mogelijkheid om te gaan met verlies én het algemene activiteitsniveau (actometrie) van ouderen. Een beperkt aantal van de eerder genoemde uitkomstmaten moet onderdeel worden van de dagelijkse informatiestroom over patiënten. Deze selectie moet worden verspreid naar andere geriatrieafdelingen, om te beginnen in het eigen opleidingscluster Klinische Geriatrie Zuidoost Nederland.

### **R & D Geriatrie van het UMC St Radboud**

Ik heb in bovenstaande de landkaart van de oudere geschilderd en vlaggetjes geplaatst bij frailty, zorg, onderwijs en onderzoek. Ik besluit met wat wij in het UMC aan onderzoek en ontwikkeling willen.

Wij richten ons met name op de overlap tussen de thema's 'vasculaire veroudering' en 'cognitieve en stemmingsstoornissen', zowel in onderzoek als zorginnovatie. Ik heb de nauwe interactie tussen beide al duidelijk gemaakt. Naast fundamenteel onderzoek in de hoofdprogramma's zullen we hierop, met vele andere afdelingen, interventieonderzoek in de dwarsprogramma's uitvoeren. We geloven in synergie door samenwerking. Daarom werken we ook intensief samen met de andere twee Alzheimercentra in Nederland, alsmede met het Europese Alzheimer Consortium. Ik hoop u te hebben duidelijk gemaakt dat het Kenniscentrum Geriatrie van het UMC St Radboud de kennis en ambitie heeft om gids te zijn bij het overwinnen van de uitdagingen, die de stevige muur van toenemende fragiliteit van ouderen oproept in zorg, onderzoek en onderwijs.

### **Dankwoord**

Een aantal personen hebben het mogelijk gemaakt dat ik deze rede kon uitspreken. Hen bedank ik graag.

Allereerst mijn broer Henk, aan wie ik deze rede opdraag. Je bleek te jong te kwetsbaar voor het leven. Met je brede kijk en ontwikkeling heb je mij echter in belangrijke mate geïnspireerd tot de keuze voor dit generalistische vakgebied. Bedankt Henk.

Leden van het College van Bestuur van de Katholieke Universiteit Nijmegen, ik dank u voor mijn benoeming. Leden van de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud,

met name de oud-decanen, de hooggeleerde professor Vooy, beste Peter, en de hooggeleerde professor van Herwaarden, beste Cees, ik dank jullie voor het in mij gestelde vertrouwen bij mijn benoeming als afdelingshoofd en het instellen van deze leerstoel.

Hooggeleerde professor Gribnau, beste Frank, jou dank ik ook bijzonder als oud-lid van de Raad van Bestuur. Als er één de titel van beschermheilige van de klinische geriatrie in Nijmegen verdient, ben jij het.

Hooggeleerde professor Grol, beste Richard, dank voor je activiteiten als voorzitter van de benoemingsadviescommissie. Ik zie uit naar verdere samenwerking met jou in het dwarsverband 'Evaluatie en preventie in de gezondheidszorg'.

Leden van het clusterbestuur en afdelingshoofden van het neurosensorisch cluster, ik hoop op verdere intensivering van de samenwerking. Ik heb al benadrukt dat het bedrijven van geriatrie op academisch niveau nauwe samenwerking vraagt met andere specialismen. Deze samenwerking denken wij binnen het neurosensorisch cluster het beste gestalte te kunnen geven. Tevens hoop ik op nadere samenwerking met de medische psychologie, de interne geneeskunde, de huisarts- en verpleeghuis-geneeskunde en het FC Donders Centrum.

Dank aan de ziektekostenverzekeraars, managers en bestuurders die de afgelopen jaren de groei van de geriatrie mede mogelijk hebben gemaakt. U heeft aangetoond een vooruitziende blik te hebben, gelet op de problemen die ik geschilderd heb. Met name collega en directeur staf medische zaken, Frans König en zijn voorganger Bart Berden wil ik bedanken voor het mogelijk maken van belangrijke zorginitiatieven. Graag verzeker ik met u en ons eigen beheer en management de structurele financiering van het GDD en het consultatieteam. U hoeft ons daarbij niet alleen op woorden zoals deze af te rekenen, het mag ook op onze daden. Omgekeerd zullen wij ook vooral naar uw daden kijken.

Hooggeleerde professor Hoefnagels, beste Willibrord, net zoals je meer respect krijgt voor je vader wanneer je zelf vader wordt, zo is mijn respect voor jou toegenomen sinds ik hoogleraar en afdelingshoofd ben. In de afgelopen tijd heb je veel weten te bereiken voor je leeropdracht Klinische Geriatrie. Bovendien heb je de nodige

flexibiliteit laten zien tijdens de organisatieveranderingen van de afdeling. Chapeau! Al vraagt het protocol, geloof ik, dat ik mijn baret nu ophoud.

Dear professor Mulley, from my first visit onwards, you were a role model for me in geriatrics. The way you study and teach the seemingly ordinary, but daily essentials of frail elderly people, will be an everlasting example for me. Thanks for your support.

Dear professors Verhey, Westendorp, Milisen, Parker, dear colleagues Lauque and O'Keeffe. Dear scientists, all of you present essential parts of research and care for frail elderly people. Many thanks for your contributions today and the co-operation in the past. I hope to show you that geriatric research out of Nijmegen will make a valuable contribution to improvement of health care for frail elderly patients. Moreover, I hope we will be able to continue our fruitful and inspiring co-operation.

Stafleden en medewerkers van de afdeling geriatrie. Het was natuurlijk wennen dat één uit jullie midden het vaandel overnam. Ik dank jullie voor het geschonken vertrouwen en hoop op een vruchtbaar en aangenaam vervolg van onze samenwerking.

Zeergeleerde heer Jansen, beste René, gelukkig zijn wij zeer verschillend van aard. Graag bedank ik je van harte voor het feit dat ik de afgelopen periode heb mogen ervaren, dat deze complementariteit zeer bevruchtend kan werken. Op naar een minstens zo boeiend vervolg.

Zeergeleerde Mevrouw Vernooy-Dassen, beste Myrra, de combinatie van onze verscheiden disciplines geeft het Alzheimer Centrum Nijmegen een unieke positie. Ik wil je graag bedanken voor het enthousiasme en de aanvullende kennis, die je hierbij inbrengt. Dank ook aan de hooggeleerde professor Frans Verhey en de hooggeleerde professor Philip Scheltens voor de goede collegiale samenwerking. Hierin wordt duidelijk dat de neurologie, psychiatrie en klinische geriatrie, zonder dat domeinstrijd noodzakelijk is, als natuurlijke partners complementair zijn in de medisch specialistische zorg voor dementie. Graag werk ik met jullie drieën aan een stevige positionering van de drie Alzheimercentra in Nederland.

Geachte heer Piet de Wildt junior, geachte mevrouw De Wildt, en geachte dochters van mijnheer De Wildt. Bijzondere dank wil ik uitspreken naar u, omdat u het goed vond dat ik over uw vader en echtgenoot verhaalde. Te mogen werken met ouderen, zoals de heer Piet de Wildt senior, heeft mijn leven als klinisch geriater kleur gegeven.

Beste Guus, beste Erik, bedankt dat jullie hier weer als supporters aanwezig zijn.

Dierbare vader en moeder,  
Ik ben zeer blij dat u hier vandaag aanwezig kunt zijn. Veel heb ik aan u beiden te danken. Ik hoop dat ik jullie nog lang als voorbeeld van succesvol verouderen kan bewonderen.

Lieve Evi, Joris en Koen,  
Bedankt dat jullie mij dagelijks met beide benen op de grond zetten. Mijn voorliefde voor veroudering valt in het niet bij het enthousiasme waarmee jullie verouderen. De gretigheid waarmee jullie al een half jaar van te voren uitkijken naar jullie verjaardagen zal ik nooit evenaren. Dat het zo moege blijven, ook als jullie niet dat paard, dat super skateboard of die radiografisch bestuurbare auto mochten krijgen.

Lieve Sonja,  
Bedankt dat je samen met mij oud wil worden.

#### **Tot slot**

Dames en heren,  
Ik wil eindigen, zoals ik gestart ben met de heer De Wildt. Zijn verhaal van succesvol ouder worden en vervolgens toenemende kwetsbaarheid kreeg een einde. Het staat voor mij model voor het levensverhaal van vele andere geriatrische patiënten, in onderzoek, onderwijs en zorg. Ik hoop u te hebben laten zien wat klinische geriatrie kan betekenen voor deze kwetsbare ouderen. Dit is veel en wordt steeds meer. Ook meer, naarmate we beter kunnen inschatten wanneer deze kwetsbaarheid uiteindelijk een muur te hoog is. Wanneer het aankomt op het kunnen verzachten, het durven luisteren en troosten.

*Ik heb gezegd.*

